

APADHE – CERTIFICAT MEDICAL
à remplir par le médecin référent

Important : ces renseignements relevant du secret médical, le médecin référent les mettra sous pli cacheté confidentiel et celui-ci ne sera ouvert que par le médecin conseiller technique du Directeur Académique.

Nom et prénom de l'enfant _____ Sexe : F M

Né(e) le _____ à _____

Etablissement _____

Fiche rédigée par le Docteur _____ Date _____

Adresse _____ ☎ _____

1. AFFECTION PRESENTEE

2. TRAITEMENT

(traitements ambulatoires, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile...)

3. ABSENCE SCOLAIRE

- durée prévisionnelle :

Cachet du médecin :